Schlussbilanz: Nützen teure Behandlungen den Krebspatienten oder der Pharmaindustrie?

bcaction.de/schlussbilanz_bert_ehgartner

9. Februar 2010

(Last Updated On: 9. Februar 2010)
Von Bert Ehgartner

Der Befund war knapp und präzise: „Die Überprüfung hat ergeben, dass keinerlei Anhaltspunkte für einen medizinischen Behandlungsfehler vorliegen“, heißt es im Schreiben des Niederösterreichischen Patientenanwalts Gerald Bachinger, das am 21. Dezember 2009 an den Primar des betroffenen Krankenhauses ging. Davon abgesehen sei bei der Behandlung des im Alter von 65 Jahren verstorbenen Krebspatienten Rudolf N. aber fast alles schiefgegangen. „Ihm wurde eine, wie sich herausstellte, fachlich völlig unrealistische Hoffnung auf eine Therapie gemacht“, konstatiert Bachinger. „Damit hat man ihm die letzten Monate seines Lebens genommen.“

Rudolf N. erkrankte, kurz nachdem er in Pension gegangen war, an einem Nierenzellkarzinom. Nach der Entfernung des befallenen Organs und der ersten Therapierunde fühlte er sich hervorragend, erinnert sich seine Tochter Liese S. „Sogar als sich herausstellte, dass der Krebs nicht geheilt war, vermittelten ihm die Ärzte die Hoffnung, dass alles halb so wild wäre.“ Ihr Vater, sagt sie, war immer ein reiselustiger Mann, und er sprach oft davon, dass er in der Pension unbedingt eine Weltreise machen wollte. Gleichzeitig hatte er aber auch geplant, die Fassade seines Hauses neu zu verputzen und das Dach zu sanieren. „Ermutigt von den Ärzten, hat er die letzten guten Monate, die ihm noch blieben, mit dieser unnützen Arbeit verschwendet“, ärgert sich Liese S. „Und so hat er sich gar nichts mehr gegönnt.“

Kurz nachdem sein Haus frisch renoviert war, wurden die von den Metastasen ausgelösten Symptome heftiger. Die Ärzte empfahlen Rudolf N. eine neue Chemotherapie sowie Sorafenib – einen neuartigen Wirkstoff, der pro Monatsdosis mehr als 5700 Euro kostet. „Genützt hat es nichts“, berichtet seine Tochter. „Er sah nichts mehr und hatte irre Kopfschmerzen. Die letzten vier Monate waren furchtbar.“

Die Tendenz, Patienten bis kurz vor dem Tod mit massivem Therapieaufwand und enormen Kosten zu behandeln, verstärkt sich, ausgehend von den USA, auch in Europa zusehends. Oft übersteigen die Kosten der Therapie in den letzten Lebensmonaten sämtliche im ganzen Leben davor konsumierten medizinischen Leistungen – speziell in der Krebstherapie. Hauptgrund ist das von der pharmazeutischen Industrie bereitgestellte, immer breitere Arsenal an Wirkstoffen. „Früher hatten wir etwa bei Dickdarmkrebs nach dem ersten Chemotherapie-Durchgang oft nichts mehr“, sagt der Grazer Onkologe Hellmut Samonigg. „Jetzt wissen wir, dass man auch noch eine Dritt- und Viertlinientherapie anwenden kann.“ Und das lasse sich mittlerweile auf fast alle Tumoren übertragen. „Damit steigt natürlich auch die Versuchung für Ärzte, das in einer späten Krankheitsphase einzusetzen.“

Inhalt [Ausblenden]

Zahlenspiele

Die Effekte sind meist bescheiden, die Kosten hingegen enorm. In dem im kommenden März im Verlag Orac erscheinenden Buch „Zahlenspiele der Medizin“, herausgegeben von den Wiener Gesundheitsexpertinnen Claudia Wild und Brigitte Piso, findet sich eine Übersicht zum Verhältnis von Kosten und Nutzen für einige der gebräuchlichsten neuen Bestseller am Zytostatika-Markt. Behandlungskosten im Gegenwert einer Luxuslimousine stehen dabei allerdings vergleichsweise bescheidenen Gewinnen an Lebenszeit gegenüber.

Und mitunter sind nicht einmal solche dokumentierbar. Den Vogel schoss hierbei ein im Dezember in den USA präsentiertes neues Präparat namens Folotyn ab, das gar keinen Lebenszeitgewinn erbrachte. Es wurde dennoch von der Behörde FDA zugelassen, weil es bei zwölf Prozent der Patienten eine über drei Monate dauernde Reduktion der Tumorgröße bewirkte. Der größte Trumpf des Medikaments ist jedoch sein Einsatzgebiet: ein seltenes Lymphom, bei dem es bislang keinen Wirkstoff gab. Und diese Monopolsituation nutzte die Herstellerfirma Allos, um mit Behandlungskosten von mehr als 30.000 US-Dollar pro Monat einen neuen Rekord aufzustellen. Ein typischer Behandlungszyklus käme auf 126.000 Dollar. In Kürze wird die Zulassung für Europa erwartet.

Für die Gesundheitspolitik ergibt sich das Dilemma, dass sie – speziell beim sensiblen Thema der Therapie von Todkranken – extrem erpressbar wird. Nichts fürchten Politiker mehr als einen Professor, der eine Pressekonferenz veranstaltet, weil seine Therapievorschläge nicht bezahlt werden, wie das vor einigen Jahren Christoph Zielinski vorexerzierte. Der Wiener Star-Onkologe hatte gewarnt, dass Krebspatienten die Behandlungskosten künftig selbst tragen müssen, wenn die Gesundheitspolitik nicht schleunigst vorsorge. Binnen Kurzem sicherte Bürgermeister Michael Häupl zu, dass die teuren Therapien selbstverständlich weiterhin für alle übernommen werden.

Da Krebsmedikamente meist in den Spitälern verabreicht werden, sind die Krankenkassen, die hier nur eine Pauschale bezahlen, wenig betroffen. Die Spitalserhalter jedoch stöhnen. „Im Bereich der Krebsmittel sind weitgehend Monopolisten unterwegs, die den Preis nach Gutdünken in die Höhe treiben“, klagt Herbert Atzlinger, Prokurist der Vinzenz-Gruppe, die österreichweit sieben Ordensspitäler betreibt.

Und auch im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) mit seinen zwölf Spitälern schlagen sich die neuen Krebsmittel schwer aufs Budget. Seit 2006 stiegen die Kosten um 29 Prozent auf einen Rekordwert von 44,2 Millionen im Jahr 2009. Damit verbrauchen die Zytostatika bereits mehr als ein Drittel des gesamten Arzneimittelbudgets. „Bisher ist es gelungen, die Kosten der Krebstherapie über Preis- und Verbrauchssenkungen auf anderen Gebieten abzufangen“, erklärt Wolfgang Gerold, der im KAV für das Arzneimittelbudget verantwortlich ist. „Ein Qualitätsverlust für andere Patienten ist dadurch natürlich nicht entstanden“, fügt er rasch hinzu.

Die Krebsmediziner stehen vor einem Dilemma. So fällt es sogar ausgewiesenen Spezialisten schwer, sich in dem Wust an Medikamenten, die bereits am Markt sind, zurechtzufinden. Und die Situation spitzt sich weiter zu: In den kommenden fünf Jahren wird die Zulassung von weiteren 30 bis 50 neuen Wirkstoffen erwartet. Die zugehörigen Studien seien zudem nicht unproblematisch, kritisiert Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Deutschen Arzneimittelkommission, weil sie fast ausschließlich von den Herstellern finanziert wurden. „Die Industrie ist über Design und Auswertung der Studien in der Lage, fast immer ein Ergebnis zu erzeugen, das einen Vorteil für das eigene Mittel belegt“, so Ludwig. Unabhängig finanzierte Studien seien jedoch Mangelware.

Ausbildungsmanko

Zudem gehört das Gespräch mit todkranken Patienten, die Aufklärung darüber, dass eine weitere Therapie keine Chance mehr bietet, zu den schwierigsten Aufgaben im Arztberuf. Weder im Studium noch in der Ausbildung im Turnus werden die angehenden Onkologen ausreichend darauf vorbereitet. Es ist deshalb für viele einfacher, die nächste Therapierunde zu verordnen, als den Mut für ein klärendes Gespräch aufzubringen.

Die Ärzte werden aber auch Opfer ihres eigenen Wunschdenkens. „Sehr oft ist es nicht mehr der Wille der Patienten, immer weiter gegen eine Tumorerkrankung anzukämpfen“, sagt Samonigg. „Aber dem stehen viele Ärzte gegenüber, die diesen Schritt ganz schwer oder gar nicht schaffen.“ Den Grund dafür vermutet Samonigg in den „Wundern des Alltags“, die doch immer wieder auftreten: wenn plötzlich eine Therapie in einer Phase noch Wirkung zeigt, in der eigentlich niemand mehr damit gerechnet hat. Und das werde dann immer wieder von den Ärzten als Anreiz gewertet, möglichst viele Patienten doch noch zu behandeln. Samonigg: „Aber das ist natürlich falsch, weil wenn sie einen sehen, bei dem die Therapie wider Erwarten doch noch gegriffen hat, behandeln sie 99, bei denen sie nur die Nebenwirkungen haben.“ Ein Mittel, jenen einen Patienten zu identifizieren, bei dem die Therapie hilft, gebe es aber leider noch nicht.

Etwa die Hälfte der Krebspatienten befindet sich bei Diagnosestellung im fortgeschrittenen Stadium, in dem meist keine Heilung mehr möglich ist. Die Therapie konzentriert sich bei ihnen auf Lebensverlängerung sowie eine Linderung der Symptome bei möglichst guter Lebensqualität. „In der Praxis schließen sich diese beiden Ziele aber leider oft gegenseitig aus“, berichtet Hans Zoidl, Leiter der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz. Zwar haben die neueren Generationen der Tumortherapien oft auch weniger Nebenwirkungen, und diese sind auch besser behandelbar, besonders das gefürchtete Erbrechen. Eine ausgeprägte Appetitlosigkeit mit Ausbildung einer Mangelernährung ist aber häufig. „Manche werden sehr schwach und kommen nicht mehr aus dem Bett“, sagt Zoidl. „Und was hat eine kleine Lebensverlängerung für eine Bedeutung, wenn die Leute verhungern?“ Dies sei eine der wichtigsten Fragen an Krebskranke: „Was essen Sie?“ Und sehr oft laute die Antwort: „Na, viel ist es nicht.“ Hier kommt es längst nicht mehr darauf an, die vage Hoffnung auf Heilung zu wecken durch therapeutischen Aktionismus, sondern darauf, zu stärken, was noch da ist. Eine spezielle Tumortherapie lehne er dabei keinesfalls ab, sagt Zoidl. „Wenn sie Leben verlängern und Symptome lindern kann.“ Falls das aber nicht

realistisch scheint, so müsse es in erster Linie darum gehen, die Patienten nicht zusätzlich zu schwächen. Dadurch erst hätten sie die Chance, ihre Dinge zu ordnen und die letzten Monate bei guter Lebensqualität im Kreis der Familie zu verbringen.

Heilungschance

Arbeiten, in denen die Therapiewünsche der Krebskranken selbst wissenschaftlich erhoben wurden, sind eher rar und mehrheitlich schon älteren Datums. Sie belegen im Regelfall den Willen, sich radikalen Therapien zu unterziehen und jede noch so kleine Chance auf eine vollständige Heilung zu ergreifen. In einer britischen Untersuchung aus dem Jahr 1990 unter 100 Krebspatienten gaben diese an, sie würden einer Chemotherapie zustimmen, sobald die Heilungschance zumindest bei einem Prozent liege. Die befragten Onkologen hielten im Schnitt eine Chance von zehn Prozent für sinnvoll, Krankenschwestern mit onkologischer Tätigkeit sogar eine von 25 bis 50 Prozent. In diese Bandbreite fielen auch die Antworten einer gesunden Kontrollgruppe von Angehörigen der Krebskranken sowie von Medizinstudenten.

Erfolgte die Chemotherapie nicht in der Absicht, eine Heilung zu bewirken, sondern eine Lebenszeitverlängerung, so erwarteten Tumorpatienten drei bis zwölf Monate Überlebenszeitgewinn, Onkologen sechs bis zwölf, praktische Ärzte und Krankenschwestern zwölf bis 24 Monate und die gesunde Vergleichsgruppe sogar zwei bis fünf Jahre. „An diesen Ergebnissen kann man gut ablesen, wie sehr die Wertschätzung bestimmter Größenordnungen von Überlebenszeit davon abhängt, ob man selbst von Krankheit betroffen ist“, erklärt dazu der Salzburger Onkologe Richard Greil.

In einer niederländischen Arbeit aus dem Jahr 2003 wurden 140 Patienten mit metastasiertem Tumor befragt, ob sie eine Chemotherapie machen oder lieber darauf verzichten und die bestmögliche unterstützende Pflege in Anspruch nehmen wollten. Bevor sie zum abschließenden Gespräch mit ihrem Therapeuten gingen, favorisierten zwei Drittel die Therapie, speziell die Jüngeren. Nach dem Gespräch blieben drei von vier bei ihrem Vorhaben. Am entschiedensten wählten interessanterweise jene die Therapie, die in der Befragung den stärksten Willen signalisierten, ihren Krankheitsprozess selbst zu kontrollieren, sowie jene mit dem stärksten Wunsch, möglichst lange zu leben. Unter den Verweigerern der Therapie überwog das Bedürfnis, die verbliebene Zeit noch bei möglichst guter Qualität zu verbringen.

Durchbruch

Seit die Untersuchungen durchgeführt wurden, kamen unzählige neue Wirkstoffe auf den Markt. Trastuzumab (Handelsname Herceptin), eines der bekanntesten Mittel aus der Klasse der so genannten monoklonalen Antikörper, wurde im Jahr 2000 für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs in der EU zugelassen. Seither sind in der Krebstherapie mehr als 20 derartige Wirkstoffe im Einsatz – erkennbar an der Wortendung „-mab“ (für „monoclonal antibody“).

Enormen Zuwachs gab es auch in der Substanzklasse der so genannten „small molecules“, die als Sammelname für verschiedene Wirkmechanismen fungieren, die unter anderem die Signalübertragung in der Tumorzelle stören. Das bekannteste Beispiel ist Imatinib (Handelsname Glivec), ein Molekül, das speziell für eine häufige Form der Leukämie entwickelt wurde. Das ungezügelte Wachstum wird hier über ein Signal ausgelöst, das aufgrund eines genetischen Schadens dauerhaft aktiviert ist und die rasante Vermehrung von weißen Blutkörperchen auslöst. Imatinib bindet speziell an diese Stellen und schaltet das verhängnisvolle Signal ab. „Das ist einer der wenigen neuen Wirkstoffe, die einen echten Durchbruch darstellen“, sagt Onkologe Wolf-Dieter Ludwig. Die Überlebenszeit bei dieser Leukämieform betrug zuvor etwa drei bis fünf Jahre, und zur Behandlung war eine Stammzelltransplantation nötig. Mithilfe von Imatinib sind bei etwa drei Viertel dieser Patienten keine Metastasen mehr nachweisbar, fast alle erreichen eine Normalisierung des Blutbilds.

Leider lässt sich dieser Erfolg schwer auf andere Krebsformen übertragen. „Bei soliden Tumoren wie Darmkrebs oder Bauchspeicheldrüsenkrebs haben wir häufig zehn bis zwölf unterschiedliche Signalwege, die infolge der bösartigen Entartung der Zellen verändert sind“, erklärt Ludwig. „Diese können wir gar nicht gezielt attackieren, weil wir nicht genau wissen, welcher Signalweg entscheidend für das bösartige Wachstum der Zelle ist.“

Die neuen tumorspezifischen Wirkstoffe haben die klassischen Zytostatika nicht verdrängt. Im Gegenteil, viele dieser Medikamente wirken nur dann, wenn sie gemeinsam mit einer herkömmlichen Chemotherapie eingesetzt werden. Für die Pharmaunternehmen ist es aber kaum noch rentabel, in deren Verbesserung zu investieren, weil für die neuen Mittel deutlich bessere Preise zu erzielen sind. Allein mit Imatinib, das nur bei einem vergleichsweise sehr seltenen Krebs eingesetzt wird, erzielt Novartis etwa 50 Prozent des Umsatzvolumens aller ambulant verordneten Zytostatika zusammen.

Kritik an der Preisgestaltung weisen die Hersteller stets vehement zurück. Immerhin dauere die Entwicklung eines Arzneimittels bis zu zehn Jahre und verursache dabei Kosten von 800 Millionen Dollar, argumentiert Novartis-Sprecherin Doris Madlberger. „Und nur wenige Wirkstoffe schaffen es schließlich, als Arzneimittel auf den Markt zu gelangen, bis zum Patentablauf.“ Da stünden eben nur sieben bis acht Jahre effektive Zeit zur Verfügung, um den Aufwand wieder einzuspielen.

Nicole Gorfer, Sprecherin des Schweizer Roche-Konzerns, des umsatzstärksten Players am Markt der Krebsmedikamente, vertritt die Ansicht, dass die im neuen Buch von Wild und Piso errechneten Behandlungskosten bezüglich der Roche-Produkte teils zu hoch angesetzt seien und auch die Überlebensraten im Detail nicht mit den konzerninternen Berechnungen übereinstimmten. Dass die Industrie ihre Studien nach Gutdünken gestalte, um die gewünschten Ergebnisse zu bekommen, sei ebenfalls unwahr. Vielmehr entspreche es dem Wunsch der Behörden, in den Studien nicht das Gesamtüberleben, sondern vielmehr die Zeit bis zum Fortschreiten des Tumorwachstums zu messen: „Sämtliche Zulassungsbehörden verlangen dieses progressionsfreie Überleben als primären Endpunkt für eine Zulassung, deshalb sind die meisten Studien darauf ausgerichtet.“

Wie gravierend sich dieser Unterschied auswirkt, haben Claudia Wild und ihre Mitarbeiter an zwei Beispielen zum Brust- und Nierenkrebs illustriert. So ist der Roche-Bestseller Avastin, wenn er zusätzlich zur herkömmlichen Therapie verabreicht wird, in der Lage, die Zeitspanne bis zum Fortschreiten des Tumorwachstums zu verdoppeln. Bei Brustkrebs von 6,7 auf 13,3 – bei Nierenkrebs von 5,4 auf 10,2 Monate. Wild: „Eine Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit ist jedoch in beiden Fällen nicht nachgewiesen."

Dank

Veröffentlichung bei uns mit Dank für die freundliche Genehmigung des Autors Bert Ehgartner sowie der Profil Redaktion GmbH, Wien.

Quellenangabe

Profil: das unabhängige Nachrichtenmagzin Österreichs, 2010/06 v. 08.02.2010
Zum >>> Artikel bei „Profil online"

Weiterlesen

Die Kostenspirale steigt ins Unbezahlbare
Bert Ehgartner im Interview mit Wolf-Dieter Ludwig, Krebsmediziner, Deutschland (Blog „Gesund bis der Arzt kommt" von Bert Ehgartner; Langversion des in obigem Artikel zitierten Interviews)

„Lesen, lesen, lesen" – die seltsamen Ratschläge des Prof. Zielinski
Der Nachschlag zur „Schlussbilanz" von Bert Ehgartner

Vorsorge – Nützlich oder schädlich? von Bert Ehgartner (auch bei uns im infoblog!)